

医療保険が国民健康保険被保険者の方

記入例
(介護保険認定調査
連絡票とセット)

要介護・要支援(更新)認定申請書

返子市長 次のとおり申請します。	申 区	請 分	更 新	申 請 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	返子花子			本人との関係	長男の妻
提出代行者 名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) (印)				
申請者住所	〒 249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 000-000-0000				

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載の必要ありません。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	記 入 不 要	
	医療 保険	保 險 者 名 被 保 険 者 証	返 子 市 記 号 09	保 險 者 番 号 番 号	140095 01234567 枝番 02
保 険 者	フ リ ガ ナ 氏 名	ス シ タ ロ ウ 返子太郎	生 年 月 日	〇年 〇月 〇日	
	性 別	(男) ・ 女			
保 険 者	住 所	〒 249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 000-000-0000			
保 険 者	前回の要介護・ 要支援認定の結果等	要介護状態区分 要支援1 有効期間 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで			
	過去6月間の介 護保険施設・医 療機関等入院・ 入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名 称・所在地	返子大学附属病院	期 間	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日
	(有) ・ 無	介護保険施設・医療機関等の名 称・所在地	期 間	年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設・医療機関等の名 称・所在地	期 間	年 月 日～ 年 月 日	

主治医の (有) ・ 無	主治医の氏名	沼 間 一 郎	医療機関名	返子大学付属病院
	所 在 地	〒 249-0004 返子市沼間7-1-1 電話番号 046-999-9999		

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医 療 保 険 者 名	
医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号 番 号	
特 定 疾 病 名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を返子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。
 本人氏名 **返子太郎** 代筆者氏名

【本人確認書類をご持参ください】

ご本人以外の方が申請のお手続きをされる際は、本人確認をさせていただきますので、身分証(運転免許証、医療保険被保険者証など)をご持参ください。

なお、2号被保険者(40歳～64歳)の方が申請される際は、医療保険被保険者証の写しをいただきますので、ご持参ください。